

## Spezifische Anamnese (Patientenfragebogen)

Name:	Vornamen:	Aufn.datum: Uhrzeit:
Adresse in Deutschland:		Tel.:
Heimatanschrift:	diplomatische Vertretung:	
Nationalität:	Reisepass-Nr.:	
Geburtsdatum:	Datum des Krankheitsausbruches:	
Benachrichtigen:		Tel.:
Vorbehandelnder Arzt:		Tel.:
Zuständiges Gesundheitsamt:		Tel.:
Nächstgelegene Klinik/ Abteilung für Infektionskrankheiten:		Tel.:

### 1. Hatte der Patient Kontakt mit einem bestätigten Fall oder einem Verdachtsfall von VHF oder mit Körperflüssigkeiten/ -gewebe/ Untersuchungsmaterial derartiger Fälle innerhalb von 3 Wochen vor Einsetzen der Symptomatik?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Ja, mit Verdachtsfall	<input type="checkbox"/> Ja, mit bestätigtem Fall
mit:	<input type="checkbox"/> lebendem Patienten	<input type="checkbox"/> Verstorbenem	<input type="checkbox"/> Körperflüssigkeiten/-gewebe Untersuchungsmaterial

### 2. War der Patient 3 Wochen vor Einsetzen der Symptomatik in einem Endemiegebiet?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> unbekannt
Aufenthaltort, -land:	von:	bis:
Wohnung/ Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Hotel	<input type="checkbox"/> Camping
<input type="checkbox"/> andere:		
Tätigkeit vor Ort:	<input type="checkbox"/> Urlaub	<input type="checkbox"/> Geschäftsreise
<input type="checkbox"/> andere Tätigkeit:		
Kontakt mit Tieren?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, mit: am:
- nähere Umstände des Kontaktes:		
Aktivitäten im Freien?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (z.B. Freizeit-, Sportaktivitäten):
- welcher Art?		
i.v.-Drogengebrauch?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Medizinische Behandlung in einem Endemiegebiet?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
- welcher Art?		
andere mögliche Risikofaktoren/ Expositionen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja:
- wann, welcher Art?		

### 3. Datum der Abreise aus dem Endemiegebiet:

Flug-Nr.:	Fluggesellschaft:
Hatte der Patient Symptome/ war der Patient krank	
- während der Reise?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> unbekannt
- während einer Zwischenlandung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> unbekannt

<b>4. Prophylaktische Maßnahmen vor bzw. während der Reise:</b>	
Schutzimpfungen gegen: <input type="checkbox"/> Gelbfieber <input type="checkbox"/> Jap. Enzephalitis <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Tollwut <input type="checkbox"/> HAV <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> andere:	
Prophylaxe gegen Malaria: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unbekannt <input type="checkbox"/> ja, und zwar:	

<b>5. Krankheitszeichen /Befunde:</b>	
<input type="checkbox"/> Fieber ° C seit:	<input type="checkbox"/> Myalgie
<input type="checkbox"/> Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> Pharyngitis
<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Blutungen
<input type="checkbox"/> blutiger Durchfall	<input type="checkbox"/> Schock
<input type="checkbox"/> Erbrechen	<input type="checkbox"/> Oedeme
<input type="checkbox"/> Exanthem	<input type="checkbox"/> retrosternale/ abdominelle Schmerzen
<input type="checkbox"/> Proteinurie	<input type="checkbox"/> Thrombozytopenie
<input type="checkbox"/> Lymphopenie	<input type="checkbox"/> erhöhte SGOT
Weitere klinische Informationen:	

<b>6. Kontaktpersonen:</b>
Wer war bisher bei der Betreuung/ Pflege/ Behandlung/ Diagnostik/ bei dem Transport exponiert bzw. ist mit Körperflüssigkeiten/ Untersuchungsmaterialien des Patienten in Berührung gekommen?
<input type="checkbox"/> niemand <input type="checkbox"/> Verwandte, Freunde <input type="checkbox"/> vorbehandelnder Arzt, Arzthelferin <input type="checkbox"/> Krankentransportpersonal <input type="checkbox"/> Laborpersonal <input type="checkbox"/> andere: Namens- und Anschriftenliste als Anlage <input type="checkbox"/>

<b>7. Meldung an das zuständige Gesundheitsamt:</b>		
Gesprächspartner:	Datum:	Uhrzeit:
Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen:		

<b>8. Weitere Informationen:</b>
----------------------------------